

PENGARUH *HEALTH EDUCATION* TENTANG STRATEGI PELAKSANAAN HALUSINASI PADA KELUARGA TERHADAP PERAN KELUARGA DALAM MEMBANTU KLIEN SCHIZOPHRENIA MENGONTROL HALUSINASI DI KOTA KEDIRI

Byba Melda Suhita¹⁾; Intan Fazrin²⁾

STIKes Surya Mitra Husada

Families need enough knowledge to help solve clients experiencing hallucinations nursing problems , one of which knowledge to assist the family members in helping clients control hallucinations . The purpose of this study to determine the effect of health education on hallucinations implementation family strategic towards the family's ability to help schizophrenia clients control hallucinations in Kediri.

Research design in use One Group Pre - Test Post Test . Population family in Kediri with purposive sampling technique. Samples in this study were schizophrenia patients families in Kediri precisely at the Balowerti Public Health Centre and Sukorame Public Health Centre that meet the inclusion and exclusion criteria . Data collection is done by the questioner sheet , analysis of research data in the Mc Nemar test with $\alpha = 0.05$.

The results showed that the role of the family in helping clients schizophrenic with hallucinations to controll hallucinations before being given health education, mostly in the active category , amount 8 respondents (66.75 %) and after being given health education have known that among the active role and passive half of the same number 6 respondents (50 %) . The analysis showed no effect of health education on hallucinations implementation family strategic towards the family's ability to help schizophrenia clients control hallucinations in Kediri with $p - value = 0.1$.

Health education is an continued process, provision of health education is only one conflict with the family's experience in caring for schizophrenic patients and may reduce the role of the family , thus requiring continuous health education by health institutions up to the family to help schizophrenia clients control the hallucinations.

Keywords : Health education , Family , Schizophrenia , Hallucinations

LATAR BELAKANG

Gangguan Jiwa adalah kondisi dimana proses fisiologik atau mentalnya kurang berfungsi dengan baik sehingga mengganggu dalam fungsi sehari-hari. Gangguan ini sering juga disebut sebagai gangguan psikiatri atau gangguan mental dan dalam masyarakat umum kadang disebut sebagai gangguan saraf. Gangguan jiwa yang dialami oleh seseorang bisa memiliki bermacam-macam gejala, baik yang tampak jelas maupun yang hanya terdapat dalam pikirannya. Mulai dari perilaku menghindar dari lingkungan, tidak mau berhubungan/berbicara dengan orang lain dan tidak mau makan hingga yang mengamuk dengan tanpa sebab yang jelas. Mulai dari yang diam saja hingga yang berbicara dengan tidak jelas. Adapula yang dapat diajak bicara hingga yang tidak perhatian sama sekali dengan lingkungannya. Dari kondisi diatas membuat klien tersebut harus dirawat di rumah sakit untuk memulihkan kondisi mental kejiwaannya.(Hawari, 2001).

Sebagian besar penderita gangguan jiwa adalah penderita skizofrenia. Penderita ini mendominasi jumlah penderita gangguan jiwa, yaitu 99% dari seluruh gangguan jiwa di rumah sakit jiwa. Prevalensi penderita skizofrenia di Indonesia adalah 0,3-1 % dan dapat timbul pada usia 18-45 tahun, bahkan ada yang timbul pada penderita usia 11-12 tahun. Apabila penduduk Indonesia berjumlah 200 juta jiwa, maka diperkirakan sekitar 2 juta jiwa penduduk menderita skizofrenia (Nufianto, 2011).

Riset dasar kesehatan nasional tahun 2007 menyebutkan sekitar satu juta orang di Indonesia mengalami gangguan jiwa berat, sedang 19 juta orang lainnya menderita gangguan jiwa ringan hingga sedang. Belum ada angka yang lebih mutakhir dari riset ini, namun menurut tren global seperti ramalan WHO, jumlah penderita sakit mental akan terus meningkat hingga mencapai 450 juta orang di seluruh dunia pada tahun 2013. Di Indonesia, peningkatan jumlah penderita tidak terasa mengalami lonjakan drastis karena hingga kini masih lebih banyak orang yang buta tentang

penyakit ini ketimbang mereka yang paham. (Safitri, 2011).

Dinas Kesehatan (Dinkes) Kota Kediri tahun 2012 menyatakan, jumlah penderita gangguan jiwa semakin meningkat. Menurut Dinkes Kota Kediri, angka kenaikan tersebut mencapai 15 persen dari jumlah penduduk Kota Kediri. "Sebagaimana temuan di lapangan, data jumlah penduduk yang mengalami gangguan jiwa semakin meningkat kurang lebih terdapat 15 persen. Data terakhir menunjukkan jumlah penderita Shizophrenia di kota Kediri mencapai 214 jiwa, dengan penderita terbanyak di wilayah kerja puskesmas Sukorame dan Puskesmas Balowerti.

Gangguan jiwa tidak hanya menimbulkan penderitaan bagi individu penderitanya tetapi juga bagi orang yang terdekatnya. Biasanya keluargalah yang paling terkena dampak bagi hadirnya gangguan jiwa di keluarga mereka. Selain biaya perawatan tinggi pasien juga membutuhkan perhatian dan dukungan yang lebih dari masyarakat terutama keluarga, sedangkan pengobatan gangguan jiwa membutuhkan waktu yang relative lama, bila pasien tidak melanjutkan pengobatan maka akan mengalami kekambuhan (Arif, 2006). Beberapa faktor yang dapat mempengaruhi pasien gangguan jiwa mengalami kekambuhan antara lain yaitu, pengetahuan, pendidikan, informasi, sosial ekonomi, dan peran keluarga.

Salah satu factor penyebab klien kambuh kembali gangguan jiwanya adalah karena keluarga yang tidak tahu cara menangani klien di rumah (Sullinger, 1988). Menurut Sullinger (1988) dan Carson/Ross (1987), klien dengan diagnosa skizofrenia diperkirakan akan kambuh 50% pada tahun pertama, 70% pada tahun kedua dan 100% pada tahun kelima setelah pulang dari rumah sakit karena perlakuan yang salah selama di rumah atau di masyarakat.

Berdasarkan penelitian di Inggris (Vaugh, 1976) dan di AS (Synder, 1981) memperlihatkan bahwa keluarga dengan ekspresi emosi yang tinggi dengan klien, diperkirakan klien akan kambuh dalam waktu 9 bulan, hasilnya 57% kembali dirawat dari keluarga dengan ekspresi emosi tinggi dan 17% kembali dirawat dari keluarga dengan ekspresi emosi keluarga yang rendah. Setelah klien pulang ke rumah, sebaiknya klien melakukan perawatan lanjutan pada pukesmas di wilayahnya yang mempunyai program kesehatan jiwa, dan peran keluarga

sangat dibutuhkan dalam proses penyembuhan klien di rumah (Yosep, 2009).

Dampak negatif dari perawatan di Rumah Sakit, mendorong dicanangkannya pelayanan kesehatan jiwa masyarakat yaitu mempertahankan klien sedapat mungkin di masyarakat. Hal ini mungkin dilakukan melalui integrasi kesehatan jiwa masyarakat di puskesmas. Dengan demikian maka rentang asuhan keperawatan adalah dari pelayanan di masyarakat sampai pelayanan di rumah sakit dan sebaliknya. Dengan kata lain pelayanan secara terus menerus pada setiap keadaan klien yang mungkin berfluktuasi di sepanjang rentang sehat-sakit.

Salah satu hal yang bisa dilakukan oleh keluarga dalam membantu anggota keluarga yang mengalami halusinasi adalah dengan ikut berperan serta membantu klien untuk bisa mengontrol halusinasi, dan hal ini yang membuat keluarga juga perlu untuk mengetahui dan memahami dengan benar strategi Pelaknaan (SP) halusinasi, dan untuk bisa membantu meningkatkan peran keluarga tersebut, peran perawat juga diperlukan, salah satunya adalah memberikan *Health Education* atau pendidikan kesehatan kepada keluarga tentang strategi pelaksanaan halusinasi yang benar yang bisa dilakukan oleh keluarga di rumah.

TUJUAN

Mengetahui pengaruh *health education* tentang strategi pelaksanaan halusinasi pada keluarga terhadap peran keluarga membantu klien skizofrenia mengontrol halusinasi di Kota Kediri.

METODE PENELITIAN

Desain Penelitian

Berdasarkan tujuan penelitian, desain penelitian yang digunakan adalah "*Pre-Experimental designs*". Model yang digunakan adalah Pra-pasca test dalam satu kelompok (*One-Group Pretest-Posttest design*). Dalam desain ini mengungkapkan hubungan sebab akibat dengan cara melibatkan satu kelompok subyek. Kelompok subyek diobservasi sebelum dilakukan intervensi, kemudian diobservasi lagi setelah dilakukan intervensi.

Bentuk rancangan ini adalah sebagai berikut:

Subjek	Pretest	Perlakuan	Posttest
K	O	1	O1
	Time 1	Time 2	Time 3

Keterangan:

K : Subjek perlakuan

O : Observasi sebelum *Health Education* diberikan

1 : Intervensi

O1 : Observasi sesudah *Health Education* diberikan

(Nursalam, 2003)

Populasi, Sampel dan Sampling

Populasi dalam penelitian ini adalah keluarga dengan anggota keluarga penderita Schizofrenia yang mengalami halusinasi di kota Kediri dengan menggunakan *Non Probability*, Tipe *Purposive Samplin* diperoleh besar sampel yang digunakan pada penelitian ini adalah 12 responden.

Variabel Penelitian

Variabel Independen dalam penelitian ini adalah Pemberian *Health Education* tentang Strategi Pelaksanaan Halusinasi dan variabel Dependen dalam penelitian ini adalah peran keluarga dalam membantu klien penderita schizofrenia dengan halusinasi dalam mengontrol halusinasi.

Analisa Data

Analisa data yang digunakan untuk dalam penelitian ini adalah dengan menggunakan uji *wilcoxon* menggunakan komputer program SPSS for Windows versi 14.

Dengan pengolahan data sebagai berikut:

- Editing yaitu peneliti melakukan klarifikasi, keterbacaan, konsistensi dan kelengkapan data.
- Coding, peneliti menyusun buku pedoman koding yang dipergunakan sebagai panduan dalam membuat kode terhadap data yang ada di dalam kuesioner.
- Cek kesalahan, dilakukan pengecekan sebelum dimasukkan komputer
- Entry data*, setelah diberi kode data di olah menurut masing-masing variabel ke dalam komputer dan terakhir *Cleaning* dengan melakukan pengecekan kembali.

HASIL PENELITIAN

Peran Keluarga Dalam Membantu Klien Penderita Schizofrenia Dengan Halusinasi Dalam Mengontrol Halusinasi Sebelum Diberikan *Health Education*

Tabel 1 Peran keluarga dalam membantu klien penderita schizofrenia dengan halusinasi dalam mengontrol halusinasi sebelum diberikan *health education*

No	Peran	Frekuensi	%
1	Berperan Aktif	8	66,7
2	Berperan Pasif	4	33,3
Jumlah		12	100

Berdasarkan tabel 1 diketahui bahwa sebagian besar responden dalam membantu klien penderita schizofrenia dengan halusinasi dalam mengontrol halusinasi sebelum diberikan *health education* memiliki peran dalam kategori berperan aktif, yaitu 8 responden (66,75%).

Peran Keluarga Dalam Membantu Klien Penderita Schizofrenia Dengan Halusinasi Dalam Mengontrol Halusinasi Setelah Diberikan *Health Education*

Tabel 2 Peran keluarga dalam membantu klien penderita schizofrenia dengan halusinasi dalam mengontrol halusinasi setelah diberikan *health education*

No	Peran	Frekuensi	%
1	Berperan Aktif	6	50
2	Berperan Pasif	6	50
Jumlah		12	100

Berdasarkan tabel 4.15 diketahui bahwa sebagian besar responden dalam membantu klien penderita schizofrenia dengan halusinasi dalam mengontrol halusinasi setelah diberikan *health education* memiliki peran dalam kategori berperan aktif dan berperan pasif, yaitu 6 responden (50%).

ANALISA DATA

Tabel 3 Hasil uji statistik pengaruh *health education* tentang strategi pelaksanaan halusinasi pada keluarga terhadap peran keluarga membantu klien skizofrenia mengontrol halusinasi di Kota Kediri

Test Statistics ^b	
	Sebelum HE & Setelah HE
N	12
Exact Sig. (2-tailed)	1.000 ^a
a. Binomial distribution used.	
b. McNemar Test	

Berdasarkan hasil uji statistik diketahui nilai $p\text{-value} (1,000) > \alpha (0,05)$ maka H_1 diterima dan H_0 ditolak yang berarti tidak ada pengaruh *health education* tentang strategi pelaksanaan halusinasi pada keluarga terhadap peran keluarga membantu klien skizofrenia mengontrol halusinasi di Kota Kediri

PEMBAHASAN

Peran Keluarga Sebelum Diberikan Health Education Tentang Strategi Pelaksanaan Halusinasi Pada Keluarga di Kota Kediri

Peran keluarga dalam membantu klien penderita skizofrenia dengan halusinasi dalam mengontrol halusinasi sebelum diberikan *health education*, sebagian besar dalam kategori berperan aktif, yaitu 8 responden (66,75%).

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa sebelum dilakukan penyuluhan sebagian besar keluarga aktif dalam melaksanakan perannya dalam membantu pasien *schizophrenia* mengontrol halusinasi. Keluarga sebagai komunitas sosial terkecil memiliki kepentingan yang besar dalam membantu anggota keluarganya mengendalikan halusinasi. Peran keluarga ini sangat penting dalam membantu proses pengobatan pada pasien *schizophrenia* mengingat pasien *schizophrenia* dengan gangguan halusinasi sulit membedakan antara kenyataan dan khayalannya. Peran keluarga yang aktif dalam mengendalikan halusinasi pada klien dapat memberikan dampak pada semakin rendahnya resiko kekambuhan pada pasien.

Pentingnya peran keluarga dalam membantu proses pengobatan pasien *schizophrenia* ini juga dinyatakan oleh hasil

penelitian Nadia (2012) di ruang rawat inap Rumah Sakit Jiwa Prof. HB. Sa'anin Padang yaitu ada hubungan yang bermakna antara dukungan keluarga dengan tingkat kekambuhan klien halusinasi.

Keluarga yang sudah berperan aktif dalam upaya pengendalian halusinasi pada pasien *schizophrenia* dipengaruhi oleh faktor lama pasien menderita *schizophrenia* sebagian besar responden memiliki keluarga menderita skizofrenia selama 5-10 tahun dengan peran sebelum diberikan *health education* dalam kategori berperan aktif, yaitu 5 responden (41,7%). Lamanya pasien menderita *schizophrenia* dengan gangguan halusinasi memberikan pengalaman tersendiri keluarga yang dapat dijadikan sebagai dasar referensi dalam mensikapi setiap perubahan yang terjadi pada pasien. Pengalaman keluarga yang panjang dalam melakukan perawatan pasien *schizophrenia* memiliki pengaruh terhadap peningkatan pengetahuan keluarga dalam melakukan perawatan pasien *schizophrenia* sehingga keluarga dapat menjalankan perannya dapat optimal. Kondisi pasien *schizophrenia* yang telah sakit dalam waktu yang lama menjadi beban obyektif dan subyektif bagi keluarga sehingga keluarga tetap berperan aktif dalam melaksanakan perawatan pasien *schizophrenia*.

Penelitian yang dilakukan oleh Widiastuti (2010) menunjukkan bahwa keluarga mengalami beban obyektif yaitu tugas menjaga, menolong, mengawasi juga berkaitan dengan masalah finansial, dan juga beban subyektif meliputi pengalaman emosi yang dihayati oleh keluarga selama berinteraksi dengan penderita, misalnya tidak tenang, kesal, sedih, kecewa, susah, bingung, bosan, tidak tahu berbuat apa.

Peran aktif keluarga dalam melakukan perawatan pasien ternyata tidak mampu mendorong pasien untuk mengkonsumsi obat secara teratur, hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar responden minum obat tidak teratur dengan peran sebelum diberikan *health education* dalam kategori berperan aktif, yaitu 8 responden (66,7%). Hal ini menunjukkan bahwa walaupun keluarga sudah berperan aktif dalam melaksanakan perawatan pasien *schizophrenia* di rumah, namun tidak dapat dengan mudah keluarga dapat memotivasi pasien untuk meminum obat secara teratur sehingga dapat meningkatkan resiko kekambuhan pada pasien.

Rendahnya korelasi antara dukungan keluarga dengan kepatuhan pasien diungkapkan

dalam penelitian yang dilaksanakan oleh Veranita (2007) di rumah sakit jiwa dr. Ramelan Wediodiningrat Lawang Malang menunjukkan hasil hubungan antara pemberian dukungan keluarga terhadap kepatuhan minum obat pada penderita skizofrenia yang berada di RSJ dr" Radjiman Wediodiningrat Lawang Malang sebesar 12% (0, 12) atau dalam kategori sangat rendah.

Lamanya pasien menderita dapat meningkatkan pengalaman keluarga dalam melakukan perawatan pasien sehingga dapat dijadikan sebagai referensi bagi keluarga untuk berperan aktif dalam perawatan pasien di rumah, akan tetapi peran tersebut memiliki korelasi yang rendah terhadap kepatuhan pasien dalam melaksanakan pengobatan..

Peran Keluarga Setelah Diberikan Health Education Tentang Strategi Pelaksanaan Halusinasi Pada Keluarga di Kota Kediri

Peran keluarga dalam membantu klien *schizophrenia* mengontrol halusinasi setelah diberikan *health education* diketahui bahwa antara yang memiliki peran aktif dan pasif jumlahnya sama setengahnya yaitu 6 responden (50%).

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa terjadi penurunan peran keluarga dalam melakukan perawatan pasien *schizophrenia* setelah dilakukan pemberian *health education*, yaitu sebelum dilakukan penyuluhan jumlah keluarga yang berperan aktif adalah 8 keluarga namun setelah diberikan penyuluhan menjadi 6 keluarga. Kondisi ini disebabkan karena terjadinya penyesuaian perilaku keluarga (*Behavior Adjustment*) karena munculnya informasi baru yang selama ini tidak diketahui oleh keluarga.

Sesuai dengan konsep adopsi perilaku, diketahui bahwa seorang individu akan melakukan penyesuaian perilaku ketika menemui atau mendapatkan informasi yang lebih baru. Informasi yang diakui kebenarannya dijadikan sebagai masukan untuk memperbarui perilakunya (Notoatmodjo, 2010).

Frekuensi pemberian informasi kepada responden sebelum dilakukan *health education* jumlahnya masih sangat terbatas, hal ini terlihat dari hasil penelitian yang menunjukkan bahwa 83% responden sebelumnya tidak pernah menerima informasi tentang pengendalian halusinasi pada pasien *schizophrenia*, sehingga responden dalam melaksanakan perawatan di rumah didasari oleh pengalaman yang

dimilikinya. Jadi kebenaran sementara yang menjadi acuan bagi responden adalah pengalamannya.

Penelitian yang dilaksanakan oleh Tim WHO (2012) menunjukkan bahwa pemberian penyuluhan kesehatan akan mempengaruhi masyarakat melakukan penyesuaian perilaku secara gradual terhadap konsep dan prosedur dalam melaksanakan perilaku hidup sehat, untuk itu dalam melaksanakan penyuluhan kesehatan tidak boleh berhenti sebelum masyarakat benar-benar telah mengadopsi perilaku yang baru agar tidak terjadi kebingungan karena kurangnya referensi pada saat proses adopsi perilaku.

Sesuai dengan hasil penelitian tersebut, setelah diberikan *health education* maka responden melakukan pembaharuan perilakunya sesuai dengan strategi penatalaksanaan halusinasi oleh keluarga, namun karena karena informasi yang baru diterima oleh responden dan frekuensinya baru sekali menyebabkan responden dalam proses adaptasinya belum sempurna, sehingga menimbulkan kesan terjadinya penurunan peran. Kondisi ini memerlukan pendampingan secara terus menerus kepada keluarga agar keluarga dapat dengan sepenuhnya melaksanakan strategi pelaksanaan halusinasi dan tidak berhenti ditengah jalan dan kemudian kembali melakukan perawatan dengan menggunakan pola yang lama.

Pada temuan yang diperoleh dalam penelitian didapatkan fakta bahwa sebagian besar responden memiliki pendidikan sekolah dasar dengan peran setelah diberikan *health education* dalam kategori berperan aktif, yaitu 4 responden (33,3%). Hal ini menunjukkan bahwa responden yang memiliki pendidikan rendah cenderung belum mengambil kesimpulan dari pengalaman responden selama melakukan perawatan *scizophrenia* di rumah sehingga responden lebih mudah beradaptasi terhadap terjadinya perubahan konsep keperawatan melalui pemberian informasi tentang strategi penatalaksanaan halusinasi.

Proses penyesuaian peran keluarga setelah mendapatkan informasi tentang strategi penatalaksanaan halusinasi membutuhkan waktu yang lama dan pendampingan secara terus menerus sampai keluarga dalam melaksanakan strategi penatalaksanaan halusinasi sepenuhnya.

Perbedaan Sebelum Dan Sesudah Dilakukan *Health Education* Tentang Strategi Pelaksanaan Halusinasi Pada Keluarga Terhadap Peran Keluarga Dalam Membantu Klien *Schizophrenia* Mengontrol Halusinasi Di Kota Kediri

Hasil analisis menunjukkan bahwa tidak ada pengaruh *health education* tentang strategi pelaksanaan halusinasi pada keluarga terhadap peran keluarga membantu klien skizofrenia mengontrol halusinasi di Kota Kediri.

Penelitian ini menunjukkan bahwa pemberian penyuluhan yang diberikan hanya dalam satu kali menyebabkan terjadinya penurunan peran keluarga dalam membantu klien *schizophrenia*, walaupun penurunannya tidak signifikan. Setelah dilakukan *health education*, terdapat 2 orang responden yang dahulunya berperan aktif menjadi pasif. Kondisi ini disebabkan karena responden harus menyesuaikan perannya sesuai dengan pengetahuan baru yang diperoleh dari *health education* tersebut dan merubah apa yang sebelumnya diyakini kebenarannya.

Kebenaran yang diyakini oleh sebagian besar responden diperoleh dari pengalaman responden dalam melakukan perawatan pasien *schizophrenia* dan tidak bersumberkan dari referensi ilmiah yang diberikan oleh tenaga kesehatan. Pemberian *health education* dalam penelitian menyebabkan pertentangan antara apa yang sebelumnya diyakini kebenarannya berdasarkan pengalamannya, sehingga responden membutuhkan penyesuaian terhadap konsep yang baru diterimanya tersebut. Hal inilah yang mendorong responden cenderung pasif setelah mendapatkan informasi baru.

Proses adopsi perilaku menurut Westinger dalam Notoatmodjo (2010) dapat digambarkan sebagai sebuah sistem input output yang dikenal dengan *stimulus – operand – respond*, dimana dalam penelitian ini adanya stimulus yang diperoleh dari *health education* menjadi pertimbangan pembandingan terhadap kebenaran yang telah diyakini oleh responden melalui pengalamannya dalam melaksanakan perawatan pasien *schizophrenia* selama 5 – 10 tahun, sehingga respon responden dalam mempertimbangkan stimulus yang dianggap sebagai kebenaran baru tersebut dengan mengurangi perannya sehingga cenderung pasif. Responden akan kembali berperan aktif lagi ketika responden sudah benar-benar paham dengan strategi penatalaksanaan halusinasi pada pasien *schizophrenia*.

Menurut Mubarak (2012), *health education* adalah sebuah proses yang berkelanjutan dalam upaya untuk menciptakan perilaku hidup sehat pada masyarakat. Berdasarkan konsep tersebut terlihat bahwa *health education* tidak hanya bisa dilaksanakan sekali dua kali namun harus dilaksanakan secara berkelanjutan sampai masyarakat mengadopsi perilaku baru, termasuk dalam hal strategi pelaksanaan halusinasi. Pemberian *health education* yang hanya sekali atau dua kali tidak memberikan manfaat secara langsung terhadap peran keluarga, namun hanya memberikan tambahan referensi, kondisi ini apabila tidak didorong kembali melalui pelaksanaan *health education* yang berkelanjutan akan menimbulkan pertentangan antara konsep yang telah diberikan dengan pengalaman yang dihadapi oleh responden.

Health education adalah sebuah proses yang berkelanjutan sehingga pemberian *health education* yang diberikan secara parsial mendorong terhadap munculnya kebingungan pada keluarga dan mengganggu peran keluarga, hal ini menyebabkan keluarga menjadi pasif dan proses adopsi perilaku berjalan dengan lambat..

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

1. Peran keluarga dalam membantu klien penderita skizofrenia dengan halusinasi dalam mengontrol halusinasi sebelum diberikan *health education*, sebagian besar dalam kategori berperan aktif, yaitu 8 responden (66,75%).
2. Peran keluarga dalam membantu klien skizofrenia mengontrol halusinasi setelah diberikan *health education* diketahui bahwa antara yang memiliki peran aktif dan pasif jumlahnya sama setengahnya yaitu 6 responden (50%).
3. Tidak ada pengaruh *health education* tentang strategi pelaksanaan halusinasi pada keluarga terhadap peran keluarga membantu klien skizofrenia mengontrol halusinasi di Kota Kediri dengan p-value = 0,1.

Saran

1. Bagi Peneliti Selanjutnya
Diharapkan dapat mengembangkan pelaksanaan *health education* secara berkelanjutan sampai dengan keluarga dapat

membantu klien skizofrenia mengontrol halusinasi secara efektif.

2. Bagi Institusi Kesehatan

Diharapkan dapat melanjutkan langkah awal dalam penelitian ini yaitu dengan melaksanakan health education secara berkelanjutan sampai dengan keluarga dapat membantu klien skizofrenia mengontrol halusinasi.

DAFTAR PUSTAKA

- Ali, Zaidin. 2010. *Dasar – Dasar Pendidikan Kesehatan Masyarakat dan Promosi Kesehatan*. Trans Info Media. Jakarta.
- Arif, I. S. (2006). *Skizofrenia : Memahami Dinamika Keluarga Pasien*. Bandung: Refika Aditama.
- Copel, Linda Caman . 2007. *Kesehatan Jiwa dan Psikiatri Pedoman Klinis Perawat*. EGC . Jakarta.
- Direja, Ade Herman Surya . 2011. *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Jiwa*. Nuha Medika. Yogyakarta .
- Hawari, D. 2001. *Pendekatan Holistik Pada Gangguan Jiwa Edisi 2*. FKUI. Jakarta.
- Keliat, B. A. (2006). *Proses Keperawatan Jiwa Edisi 2*. Jakarta: EGC.
- Nadia, Tri Desi. 2012. *Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Tingkat Kekambuhan Klien Halusinasi Di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Jiwa Prof. Hb Sa'anin Padang Tahun 2012*. Padang : Fakultas Keperawatan Universitas Andalas
- Notoatmodjo, Soekidjo. 2010. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Penerbit: Rineka Cipta. Jakarta.
- Nursalam .2013. *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta : Salemba Medika
- Mubarak, I. W. & Cahyati, N. 2012. *Ilmu Kesehatan Masyarakat Teori dan Aplikasi*. Jakarta: Salemba Medika.
- Palupi , H. Fitria. 2011. Pengaruh pendidikan kesehatan terhadap perilaku hidup bersih dan sehat di wilayah kerja puskesmas Jumantono. *Jurnal maternal volume 4*.
- Setiawati, Santun.2008. *Proses Pembelajaran dalam Pendidikan Kesehatan*. Trans Info Media. Jakarta.
- Safliati. 2011 . Pengaruh dukungan sosial keluarga (dukungan informasional, dukungan penilaian, dukungan instrumental, dan dukungan emosional) terhadap pencegahan kekambuhan penderita gangguan jiwa di wilayah kerja Puskesmas Kecamatan Susoh Kabupaten Aceh Barat . Tesis. Program studi S2 Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan masyarakat Universitas Sumatera Utara . Medan
- Veranita, Santi Kusuma. 2007. *Hubungan antara pemberian dukungan keluarga dengan kepatuhan minum obat pada penderita skizofrenia di rumah sakit jiwa dr. Ramelan Wediodiningrat Lawang Malang*. Malang : Skripsi Program Studi Psikologi Universitas Negeri Malang
- Tim WHO. 2012. *Information, education and communication: lessons from the past; perspectives for the future*. Geneva : World Health Organization.
- Widiastuti, Utari. 2010. *Rancangan Program Intervensi Behavioral Family Therapy Pada Keluarga Yang Mempunyai Anggota Menderita Schizophrenia*. Bandung : Program Pasca Sarjana Konsentrasi Magister Profesi Psikologi Universitas Padjajaran.
- Yosep, Iyus. 2007. *Keperawatan Jiwa* . Refika Aditama. Bandung .